

Institut für Transfusionsmedizin
- Transfusionszentrale

HLA-Labor

Direktorin: Univ.- Prof. Dr. med. D.S. Krause
Augustusplatz 4, 55131 Mainz
Telefon: 06131-17-3203



Akkreditiert durch die
European Federation for Immunogenetics



Laborinfos

Anforderung von HLA-Untersuchungen

Einsender Arzt / Krankenhaus

Station: _____

Telefon: _____ Kostenstelle: _____

Uhrzeitstempel / Protokoll-Nr. (HLA-Labor)

Bitte Pat.-Etikett hier
einkleben oder Eintrag

Patient/in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ m w

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Fallnummer: _____

Diagnose / ICD-Code: _____

Klinische Angaben:

1. Blasten im Blut: _____ %
2. Leukozytenzahl voraussichtlich < 2000 /µl? **ja** **nein**
3. Gabe von therapeutischen Antikörpern (z.B. ATG, Rituximab):
_____ letzte Gabe: _____
4. Besteht ein Vorbefund zur HLA-Typisierung? **ja** **nein**
(Falls ja, fügen Sie diesen bitte dem Anforderungsschein bei.)

Verwandtschaftsgrad des zu untersuchenden

Angehörigen: _____

Für Patient/in: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Blutentnahme Datum: _____ Uhrzeit: _____

Datum, Unterschrift Arzt: _____

Kostenträger GKV-Patient, ambulant privat / Selbstzahler stationär Sonstige: _____

HLA-Typisierung:

→ Probenmaterial: mind. 2,7 ml EDTA-Blut

HLA-Typisierung NGS hochauflösend (11 Loci: HLA-A, -B, -C, -DRB1, -DRB3/4/5, -DPA1, -DPB1, -DQA1 und -DQB1)

Bestimmung einzelner HLA-Allele Einwilligungserklärung des Patienten gem. GenDG erforderlich (siehe Seite 2)!

Antikörperdiagnostik:

→ Probenmaterial: mind. 7,5 ml Nativ-Blut (Serum)

HLA-Antikörper-Nachweis, ggf. - Spezifizierung

vom Anforderer oder HLA-Labor auszufüllen: LCT LCT mit DTT Luminex Screening Luminex Single Antigen

Thrombozyten-Antikörper-Nachweis

vom Anforderer oder HLA-Labor auszufüllen: Luminex ELISA

Crossmatch:

HLA-Verträglichkeitsprobe

→ Probenmaterial Spender: mind. 20 ml Ammonium- (NH₄) oder Lithium-Heparin-Blut, Milz oder Lymphknoten

Spender Name: _____

→ Probenmaterial Empfänger: mind. 7,5 ml Nativ-Blut (Serum)

Empfänger Name: _____

Sonstige Untersuchungen:

→ Probenmaterial: mind. 2,7 ml EDTA-Blut

molekulargenetische HPA-Typisierung (SSP)

molekulargenetische Blutgruppendiagnostik (SSP) Vorbefunde Serologie zur Beurteilung zwingend erforderlich!

ABO **Rhesus-Formel / RhD-Zygotie** **weak D / partial D / DEL** **Kell / Kidd / Duffy** **MNS**
seltene Antigene (Lu^{a/b}, Di^{a/b}, Yt^{a/b}, Co^{a/b}, Kp^{a/b}, Do^{a/b}, Js^{a/b}, Vel^{/+})

Protokoll-Nr. (HLA-Labor)

Bitte Patientenetikett einkleben oder in Druckbuchstaben ausfüllen

Einsender

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Wohnort



UNIVERSITÄTSmedizin.

MAINZ

Institut für Transfusionsmedizin
- Transfusionszentrale

HLA-Labor

Direktorin: Univ.- Prof. Dr. med. D.S. Krause

Augustusplatz 4, 55131 Mainz

Telefon: 06131-17-3203



Akkreditiert durch die
European Federation for Immunogenetics



Laborinfos

Einwilligungserklärung zur genetischen Diagnostik

abzuklärende Fragestellung/Genanalyse

(bitte eintragen, Untersuchungsauftrag kann sonst nicht ausgeführt werden!)

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Durchführung der genetischen Untersuchung/Analyse zur Abklärung der oben genannten Fragestellung sowie der Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf diese Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu anderen Erkrankungen oder Erbanlagen.

Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung oder Teilen davon Abstand nehmen kann.

Ich bin damit einverstanden nicht einverstanden,

dass verbleibendes Probenmaterial sowie alle Aufzeichnungen für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin/meinen Arzt, Maßnahmen zur Sicherung oder Verbesserung der Qualität der durchzuführenden Analytik und in streng pseudonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.

Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/Vertreter

Name, Vorname in Druckbuchstaben:

(falls von Patienten abweichend)

Eine Aufklärung gemäß Gendiagnostikgesetz hat stattgefunden:

Datum, Unterschrift Arzt